

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

ANNÉE 1920-1921

N° 130

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**Hygromas prérotuliens**

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1921

PAR

**André-Éloi NATA**

Né le 30 Novembre 1888, à Sainte-Rose (Guadeloupe)

---

|                        |   |                              |                   |
|------------------------|---|------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. VILLAR, professeur ..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | DENUCE, professeur .....     | } <i>Juges.</i>   |
|                        |   | CABANNES, agrégé.....        |                   |
|                        |   | ROCHER, agrégé .....         |                   |

---

BORDEAUX  
Imprimerie Victor CAMBETTE  
91, Cours de la Marne, 91

1921







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

ANNÉE 1920-1921

N° 130

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Hygromas prérotuliens

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1921

PAR

**André-Éloi NATA**

Né le 30 Novembre 1888, à Sainte-Rose (Guadeloupe)

---

|                        |   |                              |                     |                 |
|------------------------|---|------------------------------|---------------------|-----------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. VILLAR, professeur ..... | } <i>Président,</i> |                 |
|                        |   | DENUCE, professeur .....     |                     | } <i>Juges.</i> |
|                        |   | CABANNES, agrégé .....       |                     |                 |
|                        |   | ROCHER, agrégé .....         |                     |                 |

---

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE  
91, Cours de la Marne, 91

1921



# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

## PROFESSEURS

|                                     | MM.             |                              | MM.           |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------|
| Clinique interne.....               | ARNOZAN.        | Pharmacie .....              | DUPOUY        |
|                                     | CASSAËT.        | Zoologie et parasitologie .. | MANDOUL.      |
| Clinique externe.....               | CHAVANNAZ.      | Médecine expérimentale...    | FERRE.        |
|                                     | VILLAR.         | Clinique ophtalmologique.    | LAGRANGE.     |
| Pathologie et thérapeuti-           |                 | Clinique chirurgicale infan- |               |
| que générales.....                  | GRUCHET.        | tile et orthopédie .....     | DENUCÉ.       |
| Clinique d'accouchements            | RIVIERE.        | Clinique gynécologique....   | BEGOUIN.      |
| Anatomie Pathologique ..            | SABRAZES.       | Clinique médicale des ma-    |               |
| Anatomie .....                      | PICQUE (chargé) | ladies des enfants.....      | MOUSSOUS.     |
| Anatomie générale et his-           |                 | Chimie biologique.....       | DENIGES.      |
| toire .....                         | G. DUBREUIL.    | Physique pharmaceutique.     | SIGALAS.      |
| Physiologie .....                   | PACHON.         | Pathologie exotique.....     | LE DANTEC.    |
| Hygiène.....                        | AUCHE.          | Clinique des maladies cuta-  |               |
| Médecine légale.....                | VERGER.         | nées et syphilitiques.....   | W. DUBREUILH. |
| Physique biologique et              |                 | Clinique des maladies des    |               |
| électricité médicale.....           | BERGONIE.       | voies urinaires.....         | POUSSON.      |
| Chimie.....                         | CHELLE.         | Clinique psychiatrique....   | ABADIE.       |
| Botanique et matière médicale ..... | BEILLE.         | Clinique d'Oto-rhino-laryn-  |               |
|                                     |                 | gologie .....                | MOURE.        |
|                                     |                 | Toxicologie.....             | BARTHE.       |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                            | MM.                 |                          | MM.        |
|----------------------------|---------------------|--------------------------|------------|
| Anatomie .....             | PRINCETEAU.         |                          | LEURET.    |
| Anatomie et embryologie    | PICQUE.             | Médecine générale.....   | DUPERIE.   |
|                            | N.....              |                          | CREYX.     |
| Histologie.....            | LACOSTE (chargé).   |                          | N.....     |
| Physiologie .....          | DELAUNAY.           | Maladies mentales .....  | PERRENES.  |
| Parasitologie et Sciences  | R. SIGALAS (chargé) | Médecine légale.....     | LANDE.     |
| naturelles .....           | N.....              |                          | GUYOT.     |
| Physique biologique et mé- |                     | Chirurgie générale ..... | ROCHER.    |
| dicale.....                | RÉCHOU.             |                          | DUVERGEY.  |
| Chimie biologique et médi- |                     |                          | PAPIN.     |
| cale.....                  | N.....              | Obstétrique.....         | PERY.      |
| Anatomie pathologique...   | MURATET.            | Ophtalmologie .....      | FAUGERE.   |
|                            | PETGES.             |                          | TEULIERES. |
| Médecine générale.....     | CARLES (J.).        | Pharmacie .....          | LABAT.     |
|                            | MAURIAC.            |                          | N...       |

## CHARGÉS DE COURS

|                                                         |  | MM.          |
|---------------------------------------------------------|--|--------------|
| Cours de clinique dentaire.....                         |  | CAVALIÉ.     |
| — complémentaire de thérapeutique et pharmacologie..... |  | CARLES (J.). |
| — — de médecine opératoire.....                         |  | VENOT.       |
| — — d'accouchements .....                               |  | FAUGERE.     |
| — — d'ophtalmologie .....                               |  | CABANNES.    |
| — — de puériculture.....                                |  | ANDERODIAS.  |
| — — de climatologie et hydrologie médicale.....         |  | SELLIER.     |
| — — d'hygiène appliquée.....                            |  | N...         |
| — — d'analyse chimique qualitative et quantitative      |  | N...         |
| — — de démonstration et de préparation pharma-          |  |              |
| ceutique.....                                           |  | LABAT.       |
| — — de microbiologie .....                              |  | N.           |
| — — de pathologie interne .....                         |  | MAURIAC.     |
| — — de pathologie externe.....                          |  | GUYOT.       |
| — — de vénéréologie .....                               |  | PETGES.      |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE VICTOR SCHÆLCHER

---

A MA GRAND'MÈRE

---

A MON PÈRE, A MA MÈRE ET A MES SŒURS

*Votre abnégation et votre dévouement  
incessants à mon égard sont impayables.  
N'y vous la première place dans mon cœur !  
Je vous offre ce travail en faible témoi-  
gnage de mon profond amour et de ma  
profonde reconnaissance.*

---

A MES NIÈCES THÉODOSE ET YVONNE CÉLESTE

---

A MON NEVEU EDWARD CÉLESTE

*Ne sois pas seulement une tête bien  
pleine, sois aussi selon le précepte de Plutarque  
une âme bien formée. Sois juste et bon, sois  
une conscience droite.*

---

A MES BEAUX-FRÈRES

---

A MES TANTES, COUSINES ET COUSINS

---

A MONSIEUR LOUIS FRÉDÉRIC

---

A MES AMIS

*Merci à vous tous qui n'avez jamais  
cessé de vous intéresser à moi.*

---

## A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ VILLAR

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

*Mes sincères remerciements pour vos  
aimables conseils, votre gracieux et éclairé  
concours.*

---

## A MONSIEUR LE DOCTEUR PACHON

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Veillez agréer, Monsieur le Professeur,  
l'hommage de notre reconnaissance pour la  
bonté que vous nous avez toujours témoignée  
pendant nos deux premières années d'études.*

---

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR SIGALAS

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Cher Maître,*

*Toujours bienveillant, vous avez spontanément accepté la présidence de notre thèse. Nous aurions voulu que ce travail fut digne de vous, mais il fallait pour cela, plus que notre bonne volonté.*

*Veillez agréer avec nos excuses, nos remerciements pour le très grand honneur que vous nous faites et l'assurance de notre profonde gratitude.*

---

## AVANT-PROPOS

---

C'est avec joie que nous saisissons l'occasion qui nous est aujourd'hui offerte, de témoigner publiquement notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Plusieurs n'y sont plus, nous en gardons un pieux souvenir.

Nous envoyons nos remerciements à M. le Docteur BRROT, pour le sympathique accueil qu'il nous a fait dans son service, en 1915. Et, il nous est agréable d'associer à ces remerciements ses collaborateurs, nos camarades les Docteurs DAX et PRINCETEAU, Internes des Hôpitaux, qui ont dirigé nos premiers pas dans la médecine et qui, depuis, sont toujours prêts à nous aider de leurs conseils.

Les intéressantes leçons de clinique médicale de M. le Professeur ARNOZAN, tant à l'amphithéâtre qu'au lit des malades, celles très instructives et brillantes de son assistant M. le Professeur-agrégé CREYX, ne cessent d'être pour nous le phare de nos études; dans les services de MM. les Professeurs MOURE, LAGRANGE, CHAVANNAZ, RIVIÈRE, SABRAZÈS, ABADIE, MOUSSOUS, DENUcé; dans ceux de MM. les Professeurs-agrégés DUVERGEY et VENOT, nous avons acquis de précieuses notions pour la pratique de notre profession. Nous prions tous ces Maîtres de vouloir bien agréer l'hommage de nos sentiments de sincère gratitude.

Qu'il nous soit permis de remercier d'une façon particulière M. le Professeur VILLAR, le maître *affable* et *savant* dont nous garderons le souvenir des leçons de clinique si éloquentes et si lumineuses.

Notre reconnaissance va aussi à M. le Professeur PACHON au cours attrayant de qui on ne peut s'empêcher de revenir souvent, à MM. les Professeurs-agrégés PETGES, MURATET, CARLES, LANDE, TEULIÈRES, à tous ces Maîtres de la Faculté dont l'enseignement nous sera si profitable.

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

## DES

# Hygromas prérotuliens

---

### INTRODUCTION

---

Les bourses séreuses de la région prérotulienne sont au nombre de celles où l'on observe le plus fréquemment ces inflammations aiguës ou chroniques, accompagnées d'épanchement liquide, et connues sous le nom d'hygroma.

Lorsqu'on recherche quelles étaient les idées des anciens auteurs sur cette affection, on constate que leurs connaissances étaient fort restreintes. Si l'on se demande quelles étaient les causes de leur ignorance, sur une maladie si fréquente, on s'aperçoit vite que c'est dans la méconnaissance de l'anatomie qu'il faut aller les chercher. Ils ignoraient, en effet, la topographie et la constitution exactes des bourses séreuses prérotuliennes. Ils ignoraient surtout les rapports si étroits, tant au point de vue de la *structure* que de la *fonction*, qui rattachent ces formations aux autres séreuses, et en particulier aux synoviales.

Aussi c'est-il sous les termes variés de *kystes séreux*,

*d'abcès enkystés, de loupes*, que nous les voyons décrire des affections dans lesquelles il nous est aujourd'hui facile de reconnaître les diverses formes cliniques de ces hygromas prérotuliens dont nous voulons essayer, dans ce modeste travail, de passer en revue les nombreuses modalités au double point de vue clinique et pathogénique.

---

## CHAPITRE I

---

### Aperçu anatomique.

---

Il nous paraît indispensable, avant d'aborder cette étude, de rappeler brièvement les notions anatomiques et histologiques essentielles, touchant la disposition et la structure des bourses séreuses prérotuliennes.

Ces bourses rentrent dans la catégorie de celles qu'on désigne sous le nom de bourses séreuses *normales*. Elles se distinguent ainsi des bourses séreuses professionnelles qui n'existent que dans certaines professions, et dont le siège varie avec la nature de ces dernières, et des bourses séreuses accidentelles qui se produisent en un point quelconque, mais seulement à la faveur de tumeurs soit des parties molles, soit, plus souvent, du squelette.

La bourse séreuse prérotulienne a été décrite pour la première fois par CAMPER (Mémoire de la Société Royale de Médecine, 1784). FOURCROY, peu de temps après, la désigne sous le nom de bourse *mucilagineuse* ou *muqueuse*. Ces auteurs ne décrivaient d'ailleurs dans la région prérotulienne qu'une seule bourse séreuse. Nous allons voir que, d'après les données classiques actuelles, il en existe en réalité trois.

La région qui nous occupe répond à la face antérieure de la rotule.

Lorsqu'on dissèque plan par plan cette région, on trouve :

1° La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose superficielle. Dans ce premier espace sus-aponévrotique, en plein tissu cellulaire, est logée la bourse séreuse *prérotulienne superficielle*. Toute petite, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, on la rencontre sur 80 % environ des sujets. Elle était inconnue des anciens anatomistes;

2° Si nous fendons verticalement l'aponévrose superficielle, nous constatons qu'elle est séparée de l'expansion aponévrotique du quadriceps par un interstice décollable, en forme de V, à base supérieure et à sommet inférieur répondant à la face antérieure du tendon rotulien. Les bords du V sont limités par la ligne d'accollement de l'aponévrose superficielle et de l'expansion aponévrotique. Cette ligne, disons-le en passant, car ce détail a comme nous le verrons plus loin son importance, est beaucoup plus rapprochée du bord externe que du bord interne de la rotule. Cette interstice contient la bourse *prérotulienne moyenne*, la seule connue des anciens auteurs, qui la considéraient faussement comme sous-cutanée, alors qu'elle est en réalité sous-aponévrotique. C'est de beaucoup la plus volumineuse, la plus importante, et en même temps la plus constante des trois, puisqu'on la trouve sur 95 % des sujets;

3° Si enfin nous fendons l'expansion aponévrotique du quadriceps, nous tombons sur la rotule recouverte elle-même de son périoste, et il existe là, dans ce troisième espace *sous-tendineux* une dernière bourse, la bourse *prérotulienne profonde*. C'est la moins grande, la moins constante et, en même temps, la moins importante.

Quelles sont la structure et la signification morphologique de ces formations ? Ici encore les divergences furent nombreuses entre les auteurs. Pour CHASSAIGNAC, Marc SÉE, FARABEUF, ces bourses séreuses constituent de simples

lacunes, ce sont des cavités closes, mais dépourvues d'épithélium limitrophe. Pour CORNIL et RANVIER, au contraire, leur surface est tapissée d'un épithélium qui leur fait un revêtement complet ou incomplet, et dont les cellules peuvent être assimilées à celles que l'on rencontre habituellement autour des faisceaux du tissu conjonctif. Pour d'autres, enfin, elles présentent un véritable revêtement endothélial et elles peuvent être assimilées aux vraies séreuses.

Pour se faire une idée exacte de la véritable nature de ces formations, il convient de se demander quel est le mécanisme qui préside à leur naissance. On admet généralement que ces cavités séreuses sont le résultat du glissement répété de la peau et des tendons sur une surface dure et résistante. Le tissu conjonctif est fréquemment tirailé, ses travées s'allongent, s'amincissent peu à peu et les bourses séreuses se constituent. Ceci nous explique comment les parois de ces bourses peuvent, dans certains cas, acquérir une épaisseur considérable par suite du tassement du tissu conjonctif au sein duquel elles se sont formées. Quoi qu'il en soit, elles sont toujours constituées par un lacis de *fibres conjonctives et de fibres élastiques*. On ne trouve jamais à leur surface interne d'épithélium de revêtement isolable, mais on y rencontre fréquemment des *cellules différenciées*, plates, fusiformes ou étoilées, qui ne sont autre chose que des cellules conjonctives déformées, modifiées dans leur aspect, organisées à la suite d'un long travail de transformation, pour former l'élément histologique essentiel de la paroi de la bourse séreuse. Il n'en est pas moins vrai que de telles formations *ne s'élèvent jamais au rang de véritables séreuses*.

Cette théorie peut paraître en désaccord avec les recherches embryologiques récentes, qui nous apprennent que les bourses séreuses normales, du type de celles que nous étudions, existent déjà avant la naissance, c'est-à-dire à une époque où les causes que nous avons invoquées pour expliquer leur formation, semblent devoir être inexistantes.

En réalité la contradiction n'est qu'apparente. « La théorie mécanique, dit TESTUT, n'en conserve pas moins toute sa valeur, mais il faut l'envisager en philogénie et non en ontogénie. Les déplacements du muscle et de son tendon, ont été la cause réelle de la production des bourses chez ceux de nos ancêtres qui ne les possédaient pas encore. Actuellement, elles font partie intégrante de notre constitution soit fœtale, soit adulte, ce sont des formations à la fois héritées et héréditaires. »

Comme les autres bourses séreuses, les bourses prérotuliennes renferment un *liquide clair, filant*, ressemblant au liquide synovial et dont la composition est à peu près analogue à celle de la lymphe.

Disons enfin, pour terminer, que ces bourses séreuses sont entourées d'un réseau lymphatique extrêmement riche, ce qui explique leur grande susceptibilité vis à vis des infections, des irritations locales, des traumatismes, surtout lorsqu'ils sont répétés. Ceci nous explique aussi pourquoi le liquide sécrété par elles en assez grande abondance en vue de favoriser le glissement, est presque aussitôt repris et résorbé, ce qui fait qu'à l'état normal leur cavité peut être considérée comme virtuelle. Mais qu'intervienne une cause traumatique ou inflammatoire susceptible de troubler le fonctionnement et de déterminer l'engorgement de ce réseau lymphatique, et nous verrons très rapidement notre bourse séreuse augmenter de volume et se remplir de liquide. L'hygroma prérotulien est dès lors constitué, nous allons en étudier les divers aspects.

---

## CHAPITRE II

---

### Classification des hygromas prérotuliens.

---

#### Leur étiologie et leur pathogénie.

On observe au niveau de la région prérotulienne un certain nombre de variétés d'hygromas, qui se présentent avec des caractères tout à fait différents, tant au point de vue de leur symptomatologie, qu'au point de vue de leur nature, des causes qui leur ont donné naissance et de leur évolution.

Parmi ces formes cliniques, nous pouvons tout d'abord isoler deux grandes classes d'hygromas prérotuliens :

1° — Les hygromas aigus;

2° — Les hygromas chroniques.

A). **Hygromas aigus.** — Ils reconnaissent comme cause unique, l'infection d'une ou des bourses séreuses prérotuliennes. Comment se produit cette infection ? Trois cas sont ici à envisager :

1° *Infection directe.* — C'est le cas de beaucoup le plus fréquent. C'est à la faveur d'une plaie, d'une solution de continuité des téguments (chute sur le genou, plaies par instruments tranchants, etc...) que les microbes pathogènes banaux (streptocoque, staphylocoque) font irruption dans la bourse séreuse et y prolifèrent. Cette dernière devient alors le siège d'un véritable *abcès chaud*, dont nous étudierons dans un chapitre suivant l'évolution;

2° *Infection de voisinage.* — Cette forme déjà plus rare, a cependant été signalée par la plupart des auteurs. C'est grâce à la richesse des voies lymphatiques qui entourent les bourses séreuses prérotuliennes, qu'un foyer infectieux voisin (furuncle, anthrax, érysipèle, lymphangite aiguë, etc..) peut donner naissance à la bursite aiguë.

On se trouve alors en présence du type clinique décrit depuis longtemps déjà par CHASSAIGNAC, sous le nom d'*hygroma furoncleux*. C'est auteur explique sa formation de la façon suivante :

« Il ne s'agit pas, dit-il, comme on pourrait le croire, d'une perforation de la peau, mais d'une inflammation de voisinage. Nous pensons que les lymphatiques subjacents au furuncle sont l'intermédiaire par lequel l'inflammation particulière de la peau qui caractérise le furuncle, se transmet à la bourse séreuse ».

3° *Infection métastatique.* — Beaucoup plus rarement enfin, l'hygroma aigu prérotulien peut être considéré comme une véritable métastase par voie sanguine, d'une affection aiguë en évolution. De telles formes peuvent se produire dans toutes les infections générales à forme septicémique ou pyohémique, et dans un certain nombres d'infections spécifiques parmi lesquelles la blennorrhagie occupe le premier rang. Nous avons observé tout dernièrement dans le service de M. le Professeur VILLAR, le cas d'un homme de 28 ans, atteint de blennorrhagie aiguë, qui présentait une inflammation aiguë des bourses séreuses annexées aux tendons des muscles de la patte d'oie. Cette inflammation qui s'accompagnait de contractures douloureuses en flexion de la jambe sur la cuisse, était le fait d'une bursite aiguë ressortissant tout à fait à la pathogénie que nous venons d'invoquer.

Ces hygromas aigus quelle que soit leur cause peuvent, dans certains cas donner lieu à des complications phlegmoneuses et même gangréneuses parfois très graves, surtout

lorsqu'elles évoluent chez des sujets débilités ou en état de misère physiologique (surmenés, cachectiques, diabétiques, etc.).

Signalons enfin qu'on a pu observer quelques cas extrêmement rares d'ailleurs d'hygromas prérotuliens à forme subaiguë et du type séreux au cours de la période secondaire d'une infection syphilitique (JULLIEN).

Nous n'avons envisagé dans ces trois variétés pathogéniques que des hygromas aigus évoluant sur des bourses séreuses prérotuliennes jusque là indemnes. Il va sans dire que les mêmes causes peuvent agir sur un hygroma chronique pour le transformer en bursite aiguë. L'atteinte antérieure des bourses séreuses prérotuliennes, la présence d'une tuméfaction plus ou moins volumineuse à leur niveau, constituent même une prédisposition fréquente à l'éclosion d'un processus suppuratif, en créant une zone tout particulièrement fragile et constamment exposée aux traumatismes multiples qui peuvent atteindre la région rotulienne.

B). **Hygromas chroniques.** — Beaucoup plus fréquents que les hygromas aigus, les hygromas chroniques sont aussi beaucoup plus intéressants à étudier, car ils constituent en quelque sorte l'affection par excellence de la région prérotulienne. Le fait qui domine toute leur histoire et toute leur pathogénie, c'est *leur caractère professionnel*. On ne les rencontre, en effet, que chez des individus prédisposés par leur métier aux traumatismes répétés de la région prérotulienne. Aussi c'est-il chez les personnes qui se tiennent fréquemment à genou (maçons, couvreurs, parqueteurs, lavandières, religieux, etc.), ou chez celles qui reçoivent fréquemment des chocs dans la région prérotulienne (cordonniers), qu'on les observe presque uniquement.

Il y a d'ailleurs ici un petit point particulier à préciser, dans la pathogénie de ces hygromas par la station à genou. Il semble, en effet, comme le fait remarquer PERRICHON dans sa thèse, que cette station ne suffise pas à elle seule pour

produire l'hygroma prérotulien, et que l'inclinaison en avant du corps doive lui être associée. Dans la position à genou, en effet, le tronc étant vertical, le poids du corps ne repose pas sur la région prérotulienne, mais sur la *tubérosité antérieure* du tibia et sur le tendon rotulien. La pointe de la rotule affleure à peine le sol, et elle ne supporte qu'une très faible pression. Dans ces conditions c'est l'hygroma prétibial qui tend à se produire. Que le corps vienne au contraire à se pencher en avant comme c'est le cas pour les lavandières, pour les couvreurs, pour les parqueteurs, qui travaillent surtout à « quatre pattes », c'est bien alors sur la région prérotulienne que repose le poids du corps, et les meilleures conditions se trouvent réalisées pour la production de l'hygroma prérotulien.

Nous avons recherché quelle était la fréquence de l'hygroma chronique par rapport au côté atteint, à l'âge et au sexe. Il ne paraît pas y avoir de prédominance nette pour un côté plutôt que pour l'autre. Peut-être cependant le genou droit est-il un peu plus souvent atteint. Les formes bilatérales sont d'ailleurs assez fréquentes.

Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes et ceci s'explique facilement étant donnée l'étiologie professionnelle. Dans une statistique faite dans le service de POLAILLON de 1879 à 1885 et portant sur *51 cas*, on trouve *47 hommes* contre *4 femmes*.

La même statistique envisagée au point de vue de l'âge nous donne les résultats suivants :

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| De 15 à 20 ans . . . . .    | 7 cas.  |
| De 20 à 30 ans . . . . .    | 13 cas. |
| De 30 à 40 ans . . . . .    | 13 cas. |
| De 40 à 50 ans . . . . .    | 9 cas.  |
| De 50 à 60 ans . . . . .    | 4 cas.  |
| Au-delà de 60 ans . . . . . | 5 cas.  |

C'est comme on le voit, entre 20 et 50 ans que l'affection est la plus fréquente. C'est d'ailleurs la période de la vie qui correspond au maximum des efforts physiques.

Ces considérations générales étant terminées, passons rapidement en revue les principales formes d'hygromas prérotuliens chroniques que l'on peut rencontrer :

1° *Hygromas séreux*. — C'est la forme banale, la plus fréquente; sous l'influence de petits traumatismes répétés, les bourses séreuses prérotuliennes sont dans un état d'irritation chronique, véritable réaction de défense qui s'accompagne d'une hypersécrétion de sérosité à l'intérieur de leur cavité. Cet état retentit sur le tissu conjonctif qui prolifère, les parois des bourses s'épaississent, le riche réseau lymphatique qui les entoure devient moins perméable et ne suffit plus à résorber un liquide qui se produit en plus grande abondance. La poche séreuse se trouve ainsi constituée. A côté de cette forme banale, il en existe une seconde. Nous voulons parler de l'hygroma chronique séreux d'origine tuberculeuse. Sa pathogénie est celle de « l'hydrops tuberculosus » en général. Il s'agit le plus souvent d'une atteinte primitive des bourses séreuses pouvant évoluer quelquefois vers la formation de fongosités. Le diagnostic est le plus souvent impossible à faire d'avec la forme banale si l'on n'a pas recours à la ponction exploratrice et aux recherches de laboratoire habituelles (examen cytologique, chimique, inoculation au cobaye, etc.). Signalons que dans certains cas rares et sans qu'il soit possible d'en fournir la raison, l'hygromas séreux s'incrute de matières *calcaires* et forme une plaque dure plus ou moins large au devant du genou.

2° *Hygromas chroniques sanguins*. — Ils reconnaissent la même étiologie que les hygromas séreux et ils succèdent d'ailleurs très fréquemment à ces derniers. Au point de vue pathogénique, on observe ici une évolution tout à fait comparable à celle qui transforme l'hydrocèle vaginale en hématocele. Il se produit une inflammation chronique de la paroi de la bourse avec épaissement parfois considérable

de cette paroi comme nous le verrons tout à l'heure en étudiant l'anatomie pathologique de cette forme d'hygroma. La surface interne de la cavité se couvre d'exsudats fibrineux et de néo-membranes. Sous ces couches stratifiées, témoins du processus inflammatoire, s'ébauche une néo-formation de capillaires du type embryonnaire, dont les parois présentent la plus grande fragilité. Le moindre choc, la moindre poussée congestive, suffiront dans ces conditions à transformer l'hygroma séreux en un hygroma hémorragique. Cette transformation sera presque fatale si l'on a affaire à un sujet atteint d'hémophilie, comme nous en rapportons un cas observé dans le service de M. le Professeur VILLAR.

Le type d'hygroma hémorragique que nous venons d'étudier est le plus fréquent. Mais il n'en va pas toujours ainsi. L'épanchement sanglant peut dans certaines conditions se produire à l'intérieur d'une bourse séreuse jusque-là indemne. Un choc violent sur la région prérotulienne peut déchirer une des trois bourses séreuses qu'on y rencontre, et il se produit alors dans la bourse lésée, un véritable hématome traumatique qui peut évoluer soit vers la résorption, soit vers la suppuration, soit enfin vers la bursite chronique.

3° *Hygromas chroniques à grains riziformes.* — A côté des deux formes précédentes d'hygromas chroniques, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, s'en place une troisième, dont la nature est tout à fait différente. Nous voulons parler de l'hygroma à grains riziformes. Ici, comme au niveau des gaines synoviales, c'est la tuberculose qu'il faut incriminer. L'affection peut apparaître chez un sujet sain et paraissant en bonne santé, mais souvent aussi, elle s'installe chez un individu affaibli, scrofuleux, sujet aux bronchites, ou porteur d'une manifestation bacillaire avérée (début de mal de Pott, tuberculose pulmonaire en évolution, *spina ventosa*, ostéoarthrite bacillaire, etc.). D'autres fois enfin, elle survient

chez un sujet porteur d'une tumeur blanche du genou. Il y a lieu dans ce cas de rattacher son développement à une infection par voisinage.

4° *Hygromas fibreux et fibro-lipomateux de Chassaignac.*— Ces deux dernières formes sont extrêmement rares. Dans le premier cas, la paroi de la bourse séreuse atteinte a pris un tel degré d'épaisseur par la superposition des couches de tissu fibreux, qu'il n'y a souvent presque plus de liquide à l'intérieur de la cavité. On a l'impression d'une tumeur solide et, c'en est une en effet, que cette sorte de fibrome des bourses séreuses prérotuliennes.

Dans le second cas, on trouve à l'intérieur de la bourse épaissie une graisse semi-fluide, absolument analogue à celle que l'on rencontre à l'intérieur de certains lipomes.

Nous résumerons ce chapitre consacré aux formes cliniques et étiologiques de l'hygroma prérotulien par le tableau suivant :

|                         |                                               |            |                                                                            |
|-------------------------|-----------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Hygromas<br>aigus.      | Forme aiguë simple.                           | Étiologie. | Infection directe.                                                         |
|                         | Forme phlegmoneuse.                           |            | Infection par voisinage.                                                   |
|                         | Forme gangréneuse.                            |            | Infection par métastase. {<br>Septicémies.<br>Pyohémies.<br>Blennorrhagie. |
| Hygromas<br>subaigus.   | Forme séreuse.                                | Étiologie. | Syphilis secondaire.                                                       |
| Hygromas<br>chroniques. | Forme {<br>séreuse { Simple.<br>Tuberculeuse. | Étiologie. | Traumatisme du type profes-<br>sionnel.                                    |
|                         | Forme hémorragique.                           |            | Hémophilie.                                                                |
|                         | Forme à grains riziformes                     |            | Tuberculose.                                                               |
|                         | Formes fibreuse et fibro-<br>lipomateuse.     |            |                                                                            |



## CHAPITRE III

---

### **Anatomie pathologique.**

---

Nous ne décrirons pas les lésions anatomo-pathologiques que l'on rencontre dans les hygromas aigus, ou dans les hygromas chroniques à forme séreuse. Il s'agit, en effet, de lésions tout à fait banales, calquées sur celles qu'on observe dans les abcès chauds d'une part, dans les épanchements séreux chroniques à type inflammatoire d'autre part. Nous nous bornerons à signaler les principaux caractères anatomo-pathologiques des hygromas hémorragiques et des hygromas à grains riziformes. Il nous semble, en effet, que la connaissance exacte de la nature des lésions que l'on observe dans ces deux formes est importante, aussi bien au point de vue de leur symptomatologie et de leur évolution, qu'au point de vue du traitement que l'on doit leur opposer.

#### **1° Hygromas hémorragiques.**

1° *Structure de la poche.* — Elle est constituée par une paroi dont le caractère essentiel est d'être toujours considérablement épaissie. Cet épaississement peut aller, dans certains cas, jusqu'à 2 *centimètres*, donnant alors l'impression qu'on a affaire à une tumeur solide. Cette paroi est constituée par du tissu conjonctif fibrillaire infiltré parfois de cellules cartilagineuses, ou de noyaux calcifiés, formant

de véritables plaques de blindage tout à fait analogues à celles qu'on observe dans la paroi des vieilles hématoécèles vaginales. Au dessous de ces formations, on trouve des cellules et des capillaires embryonnaires et, ça et là, de petits foyers hémorragiques. La face externe de cette poche est presque toujours intimement adhérente aux régions voisines, d'où les difficultés parfois assez grandes que l'on éprouve en procédant à l'extirpation de cette tumeur. La face interne est rugueuse, tomenteuse, végétante, tapissée d'exsudats fibrineux et de fausses membranes.

2° *Contenu.* — Il est variable suivant l'âge de la lésion. Lorsqu'elle est relativement récente, on trouve une sorte de liquide poisseux ou une bouillie brunâtre, chocolat, très différente du sang normal. Ces liquides renferment ordinairement des caillots fibrineux, noirâtres ou décolorés; on y rencontre également des granulations pigmentaires, des cristaux d'hématoïdine, et des paillettes de cholestérine. Lorsque, au contraire, l'affection est très ancienne, la poche est occupée par un magma presque solide, grisâtre, formé en majeure partie par des amas de fibrine.

## 2° Hygromas à grains riziformes.

1° *Structure de la paroi.* — La paroi de la bourse présente une épaisseur variable, mais qui n'atteint jamais les dimensions considérables que l'on rencontre dans la forme précédente. Cette épaisseur ne dépasse en général pas 2 *millimètres*. La face externe présente souvent quelques adhérences avec les plans superficiels, rendant l'énucléation délicate. La face interne est tomenteuse, hérissée de *végétations* plus ou moins volumineuses, pédiculées ou sessiles qui ne sont autre chose, comme nous allons le voir, que de futurs *grains riziformes*. Au point de vue histologique, cette paroi se compose de trois couches superposées :

1° Une couche externe constituée par des travées de tissu

conjonctif. Cette couche renferme de nombreux capillaires;

2° Une couche moyenne qui contient des éléments tuberculeux plus ou moins avancés dans leur évolution. On y rencontre des follicules tuberculeux typiques, reconnaissables à leur structure caractéristique (cellule géante entourée d'une zone de cellules épithélioïdes, avec à la périphérie, de nombreuses cellules lymphoïdes);

3° Une couche interne, qui représente près de la moitié de l'épaisseur totale et qui est constituée par de la fibrine.

2° *Contenu.* — Il est formé d'une partie liquide et d'une partie solide. Ce liquide est visqueux, jaunâtre, légèrement trouble.

La partie solide est représentée par les grains riziformes. On a beaucoup discuté sur la nature de ces derniers et sur le mécanisme de leur formation. A la suite des travaux de VAILLARD et de GOLDMANN, l'accord s'est fait sur cette question, et l'on admet aujourd'hui que les grains riziformes prennent naissance dans la couche moyenne ci-dessus décrite, et sont le résultat d'une dégénérescence fibrinoïde, d'une véritable nécrose de cette couche. Sous l'influence des frottements répétés auxquels sont soumises les parois des bourses séreuses prérotuliennes, pendant les mouvements de l'articulation du genou, cette couche moyenne se rompt, se clive, un fragment se détache peu à peu, et il est roulé entre les deux parois. Ainsi se constitue le grain riziforme, ainsi s'expliquent les divers stades que l'on observe dans leur formation :

1° Grains encore adhérents aux parois, sessiles ou pédi- culés;

2° Grains libres dans la cavité centrale.

Ces grains sont donc essentiellement constitués par de la fibrine, mais certains d'entre eux peuvent contenir, soit à leur surface soit à leur intérieur, des lambeaux plus ou moins grands de la couche moyenne qui leur a donné nais-

sance. Ils se présentent sous la forme de corpuscules blanchâtres ou jaunâtres, arrondis, ovoïdes, à surface lisse ou taillée en facettes par pression réciproque. D'autres sont aplatis en forme de grains de courge. Le plus souvent, ils sont tout à fait comparables à des grains de riz cuits dans l'eau, d'où le nom de l'affection. Leur volume est variable, allant de celui d'un grain de mil à celui d'un haricot. Quant à leur nombre, il est plus variable encore. Il est des hygromas où l'on en rencontre tout au plus une dizaine, d'autres, au contraire, en sont littéralement bourrés ; on en a vu qui en contenaient jusqu'à 400 et plus. Nous n'insisterons pas sur la nature tuberculeuse de ces formations. Elle ne fait plus de doute aujourd'hui. Elle est doublement démontrée par la structure de la paroi qui leur donne naissance et par le résultat positif de leur inoculation au cobaye.

Nous ne reviendrons pas sur l'anatomie pathologique des hygromas fibreux dont la structure est celle du tissu fibromateux, ni sur celle des hygromas lipomateux qui ressemblent en tout point à des lipomes.

---

## CHAPITRE IV

---

### Symptomatologie et Évolution.

---

1° *Hygromas aigus*. — Nous ne nous arrêterons pas à décrire les signes de l'hygroma aigu simple. Ce sont ceux d'un abcès chaud banal, avec ses symptômes cardinaux classiques. Lorsque l'affection a pour siège la bourse superficielle, on trouve absolument tous les symptômes d'une collection suppurée du tissu cellulaire sous-cutanée. Lorsqu'elle siège dans la bourse moyenne, ou dans la bourse profonde, la collection est séparée des plans superficiels par une lame aponévrotique ou tendineuse épaisse et résistante; les signes sont alors moins nets, en particulier la fluctuation. Néanmoins les caractères de cette tuméfaction chaude et douloureuse sont assez tranchés, pour qu'on en puisse facilement reconnaître la nature.

Beaucoup plus intéressants sont les *hygromas phlegmoneux*, et ils sont fréquents. Nous avons vu, en effet, que les bourses séreuses prérotuliennes sont entourées d'un réseau lymphatique extrêmement riche. Ce fait nous permet de comprendre pourquoi les collections suppurées aiguës de ces bourses ont une tendance toute naturelle à dépasser la fragile barrière que leur oppose la paroi, pour se propager aux tissus voisins. Les deux facteurs essentiels qui régissent l'évolution de tous les processus infectueux : virulence des germes pathogènes d'une part, résistance organique

d'autre part, vont jouer ici pour donner lieu soit à une simple poussée de lymphangite, soit à une évolution phlegmoneuse souvent très grave.

Dans le premier cas, nous assisterons à la formation d'un vaste placard rouge, œdémateux, avec des trainées de lymphangite tronculaire, qui irradieront plus ou moins loin du foyer central.

Dans le second cas, le tableau clinique sera celui d'un phlegmon circonscrit ou d'un phlegmon diffus à marche souvent rapide. Quelle va être l'évolution de ces phlegmons ? Il y a ici un point tout à fait particulier, touchant la propagation des fusées purulentes, et sur lequel nous voudrions attirer un instant l'attention. Dans l'immense majorité des cas, ce n'est pas vers le creux poplité ou vers la jambe, mais vers *la face externe de la cuisse* qu'évoluent ces phlegmons diffusés. Pourquoi en est-il ainsi ? C'est encore l'anatomie et la physiologie qui vont résoudre cette question. Nous avons vu dans le chapitre premier que la bourse prérotulienne moyenne, c'est-à-dire celle qui est le plus fréquemment frappée d'hygroma, est logée dans un interstice cellulaire solidement fermé en bas par l'adhérence intime de deux lames fibreuses, denses et résistantes, l'aponévrose superficielle d'une part, l'expansion quadricipitale d'autre part. La base de cet interstice, au contraire, qui répond au sommet de la bourse séreuse, se continue avec l'espace sous-aponévrotique de la région antérieure de la cuisse. Nous avons constaté en outre que la bourse en question est beaucoup plus rapproché du bord externe que du bord interne de la rotule. Mais ce n'est pas tout. Si nous cherchons ce que devient cette bourse dans les mouvements de l'articulation du genou et en particulier dans l'extension, nous voyons que la cuisse et la jambe formant un angle obtus ouvert en dehors, dont la rotule occupe le sommet, cet os est déjeté en dehors toutes les fois que le muscle quadriceps se contracte énergiquement. La rotule vient alors exagérer la situation externe de la bourse prérotulienne

moyenne qui est d'autant plus comprimée entre l'aponévrose superficielle fortement tendue et le plan osseux résistant, qu'elle est le siège d'une tuméfaction plus volumineuse. C'est vraisemblablement dans l'association de ces trois facteurs qu'il faut chercher la raison de cette tendance que présentent l'immense majorité des phlegmons post-hygromateux, à fuser vers le côté externe du genou, le grand trochanter et le fascia lata.

Ces phlegmons, sur la symptomatologie desquels nous ne nous étendrons point, ont, comme nous l'avons dit, une évolution souvent grave parce que rapide. Ils réclament un traitement chirurgical précoce et énergique. Nous y reviendrons plus loin.

On a enfin signalé dans des cas très rares (BLANDIN en rapporte une observation) des hygromas suppurés évoluant vers l'articulation du genou et donnant lieu à une arthrite aiguë. Cette éventualité particulièrement grave, est heureusement exceptionnelle et cela se conçoit aisément, quand on songe à la solidité des barrières aponévrotiques qui protègent l'articulation. Il semble que cette complication redoutable ne soit rendue possible que par la propagation de l'infection au cul de sac synovial sous-quadricipital et encore faut-il que le pus arrive à perforer l'expansion aponévrotique du quadriceps.

Quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve, il ne faut pas perdre de vue la nécessité d'une intervention rapide. Laisser évoluer un hygroma prérotulien suppuré, c'est s'exposer soit à le voir dégénérer en phlegmon diffus, soit à le laisser s'ouvrir spontanément. Cette dernière évolution peut, dans quelques cas, aboutir à la guérison. Mais trop souvent il n'en est pas ainsi, et l'on assiste à la formation d'une fistule rebelle et difficilement curable.

*2° Hygromas chroniques.* L'histoire clinique de l'hygroma chronique prérotulien à forme séreuse n'est plus à faire,

aussi passerons-nous très rapidement sur cette forme. Un individu exerçant l'une des professions que nous avons signalées plus haut, vient consulter parce qu'il a vu l'un de ses genoux, quelquefois les deux, augmenter de volume insensiblement. Il n'y a pas de douleur, mais une très légère gêne fonctionnelle, surtout dans la flexion. On constate une tuméfaction de grosseur variable (un œuf de poule en moyenne). Cette tuméfaction est nettement fluctuante, plus ou moins collée aux plans profonds. La peau qui la recouvre n'est pas adhérente, ne présente rien d'anormal. Le phénomène de la translucidité peut s'observer quelquefois comme dans les hydrocèles, mais il est assez rare, étant donnée l'épaisseur des téguments. L'articulation du genou est parfaitement indemne. Le diagnostic s'impose. Seule la forme tuberculeuse devra être dépistée dans certains cas douteux par la ponction exploratrice et les réactions de laboratoire.

L'hygroma hémorragique donne lieu à des considérations plus intéressantes. Il s'agit souvent d'un sujet porteur d'un vieil hygroma séreux qui, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme parfois minime, voit sa tumeur augmenter progressivement et sa gêne fonctionnelle s'accroître. D'autres fois, au contraire, l'augmentation de volume est brusque. C'est qu'une hémorragie importante s'est produite dans la poche, qui rapidement se tend, et on voit ses dimensions doubler ou tripler. Lorsqu'on examine un hygroma hémorragique ancien, on se trouve en présence d'une tuméfaction prérotulienne arrondie parfois, mais le plus souvent irrégulière, présentant des bosselures et des diverticules. Le volume est très variable. Ces hygromas peuvent atteindre des dimensions considérables. On en a vu qui étaient gros comme une tête d'adulte. L'hygroma sanguin prérotulien est de tous les hygromas le seul qui puisse atteindre un pareil volume. La peau qui recouvre la tumeur présente parfois une coloration violacée. Elle est souvent adhérente. À la palpation, on sent une masse de consistance variable, avec des points ramollis, dépressibles, et d'autres extrême-

ment durs ; il existe de véritables plaques de blindage. La fluctuation, assez nette dans certains cas, est parfois très difficile à percevoir. La paroi considérablement épaissie en impose pour une tumeur solide et l'on éprouve la même sensation qu'au palper d'une vieille hématocele vaginale. La tumeur est difficilement mobilisable sur les plans profonds, et elle est parfois le siège d'une crépitation amidonnée tout à fait caractéristique. C'est le type de la crépitation sanguine qui vient donner la signature de l'affection. L'épreuve de la translucidité est négative. Souvent, enfin, la palpation permet de constater l'existence de plusieurs poches communicantes. C'est au genou que l'on observe le plus fréquemment ces formes d'hygromas multiloculaires. La communication des hygromas volumineux avec la bourse prétilbiale est loin d'être rare. Fait important à signaler, les troubles fonctionnels déterminés par ces tumeurs sont hors de proportion avec leur volume souvent considérable. C'est à peine si le malade ressent un peu de gêne, et cela se conçoit assez bien, quand on songe à l'intégrité de l'articulation du genou.

Le plus souvent unilatéraux, les hygromas à grains riziformes évoluent parfois sur les deux genoux, comme nous en avons observé un cas très curieux à la consultation de M. le Professeur VILLAR. Ici encore on a affaire à une tuméfaction prérotulienne absolument indolente, n'apportant qu'un peu de gêne dans les mouvements de flexion, et s'accroissant d'une façon insensible. La peau ne présente rien de particulier et on penserait à un hygroma prérotulien banal, si la palpation ne venait apporter de précieux renseignements. Au sein d'un milieu liquide nettement fluctuant on perçoit, en effet, de petits corps étrangers qui se déplacent en tous sens. Si d'une main on rétrécit la poche en un point, pendant que de l'autre on s'efforce de faire refluer le contenu de l'un à l'un à l'autre des diverticules ainsi formés, on sent les corpuscules riziformes glisser entre les doigts, donnant lieu à une sensation tout à fait particulière.

On peut de même, grâce à cette petite manœuvre, percevoir le « bruit de chainon » qui est tout à fait caractéristique. La ponction exploratrice, l'examen du liquide, les résultats de l'inoculation au cobaye constituent également autant d'éléments précieux de diagnostic qu'il ne faudra pas manquer de mettre en œuvre dans les cas douteux.

Les hygromas fibreux ou fibro-lipomateux se présentent les premiers sous la forme d'une masse dure, de consistance élastique, à surface assez régulière partiellement adhérente au plan profond et indépendante de la peau. Ce n'est guère qu'au cours de l'intervention et souvent même après l'examen histologique de la pièce qu'on pourra reconnaître leur nature. Quant aux seconds, avec leur pseudo-fluctuence, ils simulent absolument une collection liquide séreuse ordinaire, et, seule la ponction exploratrice pourra fixer le clinicien sur leur véritable contenu.

---

## CHAPITRE V

---

### Diagnostic et Pronostic.

---

1° *Diagnostic.* — Les diagnostics positif et étiologique des hygromas prérotuliens ont été étudiés dans les chapitres précédents, nous n'y reviendrons pas ici. Nous dirons seulement quelques mots du diagnostic différentiel qui, dans la plupart des cas, ne présente pas de bien grandes difficultés. Lorsqu'en présence d'une tuméfaction inflammatoire ou non de la région prérotulienne on aura, par un examen méthodique du malade, éliminé les affections ayant pour siège la peau et le tissu cellulaire d'une part, et les affections de l'articulation du genou d'autre part, on sera tout naturellement porté à songer à une affection des bourses séreuses prérotuliennes, car elles représentent la seule formation anatomique importante de la région.

On ne confondra pas un hygroma aigu avec un furoncle, ou avec un anthrax qui siège dans la peau et qui présente un aspect tout à fait particulier, avec ses multiples orifices bourbillonneux. Plus difficile est le diagnostic avec le phlegmon circonscrit ou diffus. Il sera quelquefois très malaisé de dire si l'inflammation des bourses séreuses est primitive et le processus phlegmoneux secondaire, ou si les choses ont évolué en sens inverse. Cela n'a d'ailleurs qu'une importance tout à fait relative, car le traitement est le même dans l'un et l'autre cas.

Le diagnostic d'hygroma chronique séreux s'impose dans la majorité des cas. La topographie de l'affection, son évolution, son histoire, la profession du malade, conduisent en quelque sorte tout naturellement à poser ce diagnostic, qui ne peut guère être discuté qu'avec celui d'hygroma de la bourse prétiibiale. Mais ici la tumeur soulève le tendon rotulien, elle est fixée par la tension de ce tendon, et dans la flexion, le tendon l'écrase et lui donne un aspect bilobé. Ces signes sont suffisamment nets pour éviter toute confusion. Le diagnostic de lipome peut être quelquefois à discuter. On a également affaire à une tuméfaction sous-cutanée pseudo-fluctuante mais ses limites sont moins nettes, la masse est moins tendue, plus superficielle. On sera autorisé dans les cas embarrassants à pratiquer la ponction exploratrice. Le kyste hydatique est exceptionnel dans cette région. On cherchera le frémissement caractéristique et si le malade présente des antécédents suspects, on pratiquera les réactions de laboratoire habituelles (recherche de l'éosinophilie, réaction de Wineberg et Parvu). Disons enfin qu'ARNOTT rapporte un cas de gomme syphilitique simulant un hygroma prérotulien.

Les hygromas sanguins et à grains riziformes se présentent, comme nous l'avons vu dans la majorité des cas, avec des signes particuliers qui ne permettent guère l'erreur. Cependant on a pu hésiter entre la crépitation sanguine et le « bruit de chaîne ». Une ponction exploratrice pratiquée dans ces cas litigieux avec toutes les précautions d'asepsie viendra le plus souvent lever tous les doutes.

En présence de ces vieilles formes hémorragiques à parois dures et épaisses, ou de ces formes fibreuses donnant l'impression d'une tumeur solide fixée aux plans profonds, on pourra hésiter, se demander si l'on n'a pas affaire à un sarcome ou à une tuméfaction d'origine osseuse, à un ostéosarcome. L'absence de douleur, de circulation collatérale, la lenteur de l'évolution, la conservation d'un bon état général permettront presque toujours de faire le diagnostic.

De plus, l'ostéo-sarcome affecte de préférence l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia; en cas de doute on n'hésitera pas à pratiquer une radiographie.

2° *Pronostic.* — Le pronostic des hygromas est très différent, selon qu'on se trouve en présence d'une forme aiguë ou d'une forme chronique. Les hygromas aigus sont toujours sérieux, car les phlegmons qui peuvent les compliquer ont souvent une tendance à la diffusion rapide. Aussi serait-ce une faute grave que de les considérer comme une affection bénigne et de s'en tenir à l'expectative.

Quant aux hygromas chroniques, ils constituent le plus souvent une affection gênante, une légère infirmité plutôt qu'une véritable maladie. On conçoit cependant qu'étant donnée leur étiologie, ils apportent presque toujours une entrave sérieuse dans l'exercice de leur profession, aux gens qui en sont atteints. Il ne faut pas oublier, en outre, qu'ils sont en quelque sorte un centre d'attraction pour des traumatismes continuels, et que de ce fait, ils ont les plus grandes chances de s'infecter un jour, de suppurer, ou de se transformer en hygroma hémorragique pouvant atteindre des dimensions considérables. Toutes ces considérations plaident en faveur d'une thérapeutique active, et nous croyons que dans la majorité des cas il y a intérêt à ne pas les traiter à la légère et à en débarrasser les malades qui en sont atteints.

---

## CHAPITRE VI

---

### OBSERVATIONS

---

#### Observation I.

(Obs. inédite recueillie dans le service de M. le Prof. VILLAR).

*Un cas d'hygroma hémorragique prérotulien  
chez une hémophile.*

Marie D., 67 ans, lingère, entre dans le service de M. le Professeur VILLAR, le 1<sup>er</sup> avril 1921, pour une tumeur du genou droit, ouverte et laissant couler du sang.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 66 ans d'une maladie d'estomac, mère morte paralysée à 74 ans.

Antécédents collatéraux. — 3 frères vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — La malade est née à terme, elle a été nourrie au sein. Enfance robuste, réglée à 14 ans. Les règles ont toujours été assez abondantes et non douloureuses. Elle a présenté pendant son adolescence des signes de chlorose accompagnés de quelques troubles digestifs qui ont disparu par la suite. Mariée à 20 ans, elle fait une fausse couche accidentelle de 4 mois. Dix-sept ans après, elle a une nouvelle grossesse qui évolue normalement. A 45 ans elle est opérée pour un kyste de l'ovaire accompagné de polype utérin (Hystérectomie).

Depuis elle a présenté fréquemment des poussées de purpura. Elle a eu à plusieurs reprises des pétéchies, des ecchymoses, à la suite de contusions insignifiantes et des épistaxis fréquentes.

*Histoire de la maladie.* — Il y a 27 ans, la malade s'aperçoit qu'elle a au niveau du genou droit, en avant de la rotule une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, mobile, non douloureuse, sans modification de la peau. Puis de nouvelles « petites

boules » analogues se produisent, qui viennent peu à peu se confondre avec la première.

La tumeur ainsi constituée a grossi insensiblement jusque il y a un an. A cette époque, elle a brusquement augmenté de volume, pour atteindre les dimensions d'un œuf de poule. Elle est aplatie, et couvre tout le genou. Elle est toujours indolore. A ce moment la malade fait une chute sur le genou, qui ne modifie en rien le volume ni l'aspect extérieur de la tuméfaction. Mais il y a deux mois, sans avoir ressenti ni gêne ni douleur du côté du genou, la malade s'aperçoit que la peau qui recouvre la tuméfaction présente des taches rouges. Elle applique à ce niveau des pommades et, au bout d'un mois et demi de ce traitement, la tumeur s'ouvre spontanément. Elle est devenue entièrement rouge et laisse suinter un peu de sang. La malade obligée d'interrompre son travail entre à l'hôpital.

*État actuel.* (Examen de 2 avril 1921). — A l'inspection, on constate en avant du genou une tuméfaction hémisphérique, assez irrégulière, présentant trois bosselures nettes. La coloration des téguments est rouge, mais on note quelques points violacés et l'on a l'impression qu'à leur niveau la peau est sur le point de s'ulcérer. Il existe d'ailleurs à peu près au centre de la tuméfaction une solution de continuité des téguments, figurant une ulcération à bords assez nets et taillés à pic, au fond de laquelle on aperçoit une cavité bourgeonnante, remplie de caillots sanguins.

A la palpation la tuméfaction est indolore, sa consistance est irrégulière. Ferme en certains points, surtout à sa périphérie, elle est molle au niveau des zones violacées. La peau qui la recouvre est adhérente. Toute la masse elle même est collée aux plans profonds. Un stylet introduit par le pertuis central explore la cavité sans déterminer de douleur. Il donne l'impression de masses charnues, sans qu'on trouve nulle part de contact osseux. Les mouvements articulaires sont presque entièrement conservés. On note seulement un peu de gêne dans la flexion forcée. La radiographie de la région ne décèle aucune altération squelettique.

*Appareil circulatoire.*— Cœur : léger souffle au premier temps.

Artères : un peu dures.

Veines : Pas de varices. Hémorroïdes saignant très facilement, mais indolores.

Tension : 14/8. — Indice : 2.

*Appareil digestif.* — Taches ecchymotiques sur la muqueuse gingivale et sur la face interne des joues.

Foie et rate normaux.

*Appareil respiratoire.* — Épistaxis très fréquentes, au cours desquelles le sang dégluti en abondance est rejeté sous forme de vomissements noirâtres.

*Appareil génito-urinaire.* — Rien à signaler.

*Système nerveux.* — Rien à signaler.

*Système ganglionnaire.* — Quelques petits ganglions inguinaux du côté droit. Rien d'anormal par ailleurs.

En présence d'un syndrome hémorragique aussi caractéristique on a pratiqué un examen du sang dont voici le résultat :

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Hémoglobine.....    | 85 %      |
| Globules rouges.... | 3.620.000 |
| Globules blancs.... | 6.100     |

*Formule leucocytaire :*

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Polynucléaires.....     | 49 % |
| Éosinophiles.....       | 2 %  |
| Grands mononucléaires.. | 41 % |
| Lymphocytes .....       | 43 % |
| Multilobés.....         | 5 %  |

Temps de saignement fortement augmenté. Au bout de quinze minutes, le point de la piqûre continue à saigner.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Cette femme, qui est encore dans le service, a présenté à plusieurs reprises des épistaxis abondantes qui ont duré plusieurs jours et dont on a eu difficilement raison. Sa tumeur prérétulienne a diminué de volume, mais elle continue à saigner de temps en temps.

En résumé, il s'agit d'un cas très intéressant d'hygroma chronique primitivement séreux qui s'est brusquement transformé en hygroma hémorragique chez une femme qui a présenté un syndrome hémophilique des plus nets à la suite d'une hystérectomie totale qui a dû être pratiquée à l'âge de 48 ans pour un kyste de l'ovaire.

---

## Observation II (résumée).

GAUTRAND. — (Thèse de Paris, 1899.)

Angèle C..., 36 ans, entre le 6 mars 1899 à l'Hôpital de la Pitié, pour une tuméfaction de la région prérotulienne droite.

Antécédents héréditaires : mère morte tuberculeuse.

Antécédents personnels : rougeole à 8 ans, réglée à 19 ans, règles régulières et non douloureuses, un enfant bien portant.

Elle fait remonter à un an le début de l'affection par de l'enflure et de la douleur. La douleur a rapidement disparu. Depuis, la tumeur n'a point augmenté, mais de dure elle est devenue molle peu à peu.

Le palper fait reconnaître, au devant de la rotule, une tumeur aussi grosse qu'une mandarine.

Elle est fluctuante, irréductible. On sent la crépitation neigeuse produite par des corps étrangers.

Opération le 13 mars.

Incision longitudinale, face antérieure du genou, longue de 6 centimètres.

Dissection de la poche jusqu'à la face antérieure de la rotule à laquelle elle est très adhérente.

A ce niveau, nécessité d'ouvrir la poche et de détacher peu à peu la paroi profonde de la tumeur.

La poche kystique présente des parois blanchâtres et opaques, assez épaisses.

Le contenu est un liquide citrin, renfermant en grande quantité des *grains riziformes*.

Deux mois après l'opération, la guérison est complète. La malade n'accuse aucune douleur, aucune gêne. Son genou est normal.

---

## Observation III (résumée). — Th. FAVARDIN.

G....., concierge, âgé de 50 ans, entre le 29 janvier 1881 à l'Hôpital Cochin. Il y a un mois et demi, ce malade a fait une chute sur le genou droit.

Tout s'est borné à un peu de douleur ressentie par le malade au niveau de la région contuse. Cette chute ne l'a pas empêché de continuer son travail. Mais peu de temps après l'accident, est survenu un empâtement prérotulien.

Le palper fait connaître de la fluctuation et de plus la présence de petits corps roulant sous les doigts. Il s'agissait d'un hygroma à grains riziformes.

1<sup>er</sup> février. — On injecte quatre gouttes de chlorure de calcium.

2 février. — On fait la compression ouatée.

10 février. — La tumeur a disparu ; plus de fluctuation ; *on ne sent plus les grains riziformes*. Le malade quitte l'hôpital.

---

#### Observation IV (résumée.)

GUY. — (Thèse de Montpellier, 1880.)

Marguerite X..., âgée de 21 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution très robuste, portait depuis environ un an, sur la face externe de la rotule gauche, une tumeur très dure, rénitente, sans douleur et qui avait augmenté graduellement. Elle ne pouvait être attribuée qu'à la compression longtemps prolongée de cette région par la malade dans les fonctions qu'elle remplissait à la cuisine, ou par la position à genoux que les prières de l'hôpital l'obligeaient à garder (on sait que l'hygroma s'observe souvent chez les moines et surtout chez les fakirs de l'Inde, qui passent leur vie dans cette posture).

On appliqua sur cette tumeur le bandage de Scott et la malade ne fut nullement entravée dans ses occupations.

Le lendemain, la jambe et le pied étant tuméfiés et douloureux par la gêne de la circulation, on fut obligé de relâcher un peu la bande. Après trois semaines, la tumeur avait diminué de la moitié, et était devenue molle, fluctuante, presque flétrie.

---

#### Observation V. (Personnelle.)

Une voisine, Madame veuve R..., 62 ans, très dévote, se tenant souvent à genoux, originaire de Brest mais habitant Bordeaux, est un tempérament très hémophilique. Elle est très sujette aux saignements du nez, des gencives ; la moindre contusion est suivie chez elle d'une ecchymose très marquée au niveau de la partie affectée.

Il y a environ trois mois, elle nous demanda ce que nous pensions d'une tuméfaction qui dans l'espace de peu de temps — deux mois — s'était formée au devant de sa rotule droite, sans douleur.

Antécédents héréditaires : père et mère morts de vieillesse.

Antécédents personnels : Scarlatine à 20 ans. Tousse tous les hivers depuis une huitaine d'années.

L'inspection montre le genou droit tuméfié, la peau violacée.

Au palper, on sent une tuméfaction fluctuante, irréductible, de la grosseur d'une moyenne poire, non douloureuse à la pression, adhérente à la rotule.

La peau glisse sur la tumeur. L'articulation du genou est libre.

Sur nos conseils, la malade alla consulter un chirurgien qui pensa à une affection de la bourse séreuse prérotulienne. Il ponctionna la tumeur et en sortit du sang.

Donc hygroma hémorragique.

Le traitement de l'affection générale a été ordonné, le traitement chirurgical local ajourné.

---

### Observation VI (résumée).

(BERGER, *Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris*, 1894.)

#### *Hématome de dimensions insolites de la bourse prérotulienne et de la région antérieure de la cuisse.*

Le malade en question présentait à la région antérieure du genou une tumeur ayant le volume d'une *tête de fœtus à terme*, fluctuante, à parois généralement dures mais présentant par places des épaisissements qui constituaient autour de sa base un cercle complet d'induration. Cette tumeur s'était développée lentement, mais avait acquis dans les six derniers mois un volume beaucoup plus considérable. On crut d'abord à l'existence d'un hygroma de la bourse prérotulienne ayant atteint de grandes dimensions ; mais en examinant le membre avec attention, on découvrit sur toute la région antéro-externe de la cuisse, depuis la tumeur jusqu'au voisinage du *grand trochanter*, une série de productions situées sous l'aponévrose, les unes mobiles, les autres fixes, en apparence du moins, productions présentant à peu près la même consistance que les épaisissements que la tumeur prérotulienne offrait à sa base. Ces tumeurs variaient du volume d'un pois ou d'une noisette à celui d'un œuf.

Cette extension des lésions à la partie supérieure du membre, leur diffusion, firent penser à un *sarcome* ayant envahi les parois d'un hygroma prérotulien et se propageant au triceps crural. Quoiqu'il ne fut pas possible de songer à pratiquer l'extirpation

totale des parties malade au cas où le diagnostic se serait vérifié, le chirurgien résolut de pratiquer l'ablation de la tumeur principale, tant pour arriver à une notion précise sur la nature de ces productions, que parce que le malade réclamait impérieusement une opération.

La tumeur prérotulienne contenait de la sérosité colorée en brun-foncé et des caillots sanguins anciens et mobiles ; des caillots analogues recouvraient également la face interne de la poche kystique qui, vers sa base, présentait une épaisseur de plusieurs centimètres. Son adhérence aux ligaments latéraux de la rotule était telle que, en cherchant à l'en séparer, *on ouvrit l'articulation du genou*. Celle-ci était saine, ne renfermait pas de liquide, l'opérateur ferma aussitôt l'ouverture qu'il y avait accidentellement pratiquée, par une suture.

La partie supérieure et externe de la cavité kystique se continuait sous l'aponévrose du facia lata, avec une sorte de vaste décollement *qui remontait le long du droit antérieur de la cuisse et sur la partie antérieure du vaste externe et du triceps*. Ce décollement était limité par une paroi et renfermait de nombreuses concrétions analogues à celles qui se trouvaient dans la cavité de l'hématome prérotulien. Ces concrétions étaient constituées par d'anciens caillots sanguins, les uns mobiles, les autres adhérents à la paroi. En explorant la partie supérieure de la cavité *on remonta jusqu'au voisinage du grand trochanter*.

Toutes les parties inférieures se réunirent complètement par première intention ; ce ne fut que vers le grand trochanter que les deux orifices laissés pour le drainage, donnèrent lieu à un suintement peu abondant qui tarit seulement au bout de quelques semaines.

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur a fait voir qu'il s'agissait simplement d'un hématome développé dans un hygroma ancien de la bourse prérotulienne. Cet hématome présentait évidemment *un prolongement* sous-aponévrotique *qui s'était rompu* et qui avait permis au liquide et aux caillots que renfermait sa cavité de fuser dans l'interstice du droit antérieur et du vaste externe, et de constituer par l'organisation des parois du décollement, un véritable prolongement de la bourse prérotulienne, prolongement remontant jusqu'à la partie supérieure du membre.

---

**Observation VII** (résumée).

(P. BRUCHET.—*Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, 1880).

*Hématocèle de la bourse séreuse prérotulienne.*

C... Charles, 77 ans, est apporté presque mourant à la Pitié où il succombe quarante-huit heures après son entrée, à une pneumonie étendue du poumon droit.

On avait remarqué qu'il portait au niveau du genou gauche deux tumeurs : l'une arrondie, fluctuante, située immédiatement au devant de la rotule, présentant tous les caractères d'un hygroma de la bourse prérotulienne ; l'autre située sur la face externe de l'extrémité inférieure de la cuisse, séparée de la première par une dépression capable de loger un doigt, également sous-cutanée et fluctuante, mais ne paraissant pas communiquer avec la collection prérotulienne. Elle était piriforme, à grand axe dirigé suivant l'axe de la cuisse. Ces deux collections existaient depuis fort longtemps, 20 à 25 ans, et n'étaient nullement douloureuses. La peau glissait à leur surface et n'offrait aucune altération.

L'examen de ces tumeurs montra qu'elles étaient bien toutes deux sous-cutanées, facilement isolables de la peau, la première occupant la place de la bourse séreuse prérotulienne, la seconde appliquée sur l'*aponévrose de la cuisse* à laquelle elle adhérerait par un tissu cellulaire assez serré ; elles n'étaient pas indépendantes l'une de l'autre, mais reliées par une sorte de *collet allongé* qu'il n'avait pas été possible de reconnaître avant la dissection. Elles étaient constituées par une enveloppe de tissu fibreux très résistante, et paraissant très épaisse même avant l'incision de cette paroi. La poche prérotulienne ouverte, laissait échapper un liquide épais, rouge-brunâtre, tout à fait analogue à celui des vieilles hématocèles, et la face interne de la paroi était comme dans ces collections, *tomenteuse, irrégulière*, de couleur brun-foncé, tapissée de *couches pseudo-membraneuses* très adhérentes et difficiles à décortiquer, paraissant en partie formées par de la fibrine concrétée, et contribuant à donner à la paroi de la poche une épaisseur considérable.

La seconde poche n'a pas été ouverte, mais elle était évidemment constituée comme la première, car il suffisait de presser sur elle pour faire sourdre, par l'étroit canal qui les réunissait quelques gouttes du même liquide épais, couleur chocolat. Elle paraissait donc n'être qu'un diverticulum de celle-là, mais, probablement

par suite de l'épaississement graduel des parois, le canal de communication entre les deux s'était rétréci car il n'admettait plus maintenant qu'un stylet de trousse, qui même y entraît à frottement.

Il s'agissait, en résumé, d'un vieil hygroma de la bourse prérotulienne, remarquable par sa disposition *en bissac*, en sablier, et dans lequel, comme dans les séreuses chroniquement enflammées, s'étaient produites les lésions caractéristiques des vieux hématomes de ces cavités.

---

## CHAPITRE VI

---

### Traitement.

---

L'étude du traitement des hygromas prérotuliens est tout à fait curieuse, car elle montre bien l'évolution des idées et des méthodes en thérapeutique chirurgicale. C'est un exemple de plus qui vient illustrer le magnifique essor de la chirurgie après l'application des méthodes, antiseptique d'abord, aseptique ensuite. Exemple qui met en relief le contraste frappant qui existe entre les procédés anciens souvent ingénieux, plus souvent encore inefficaces, tournant la difficulté pour éviter l'intervention sanglante suivie des désastres que l'on sait, et la chirurgie moderne, qui forte de sa sécurité va droit au but.

Passons rapidement en revue les multiples traitements successivement employés contre l'hygroma prérotulien :

Tout d'abord, on s'adressa aux topiques. Nous laisserons de côté les nombreuses formules de pommades, liniments ou cataplasmes à l'aide desquels on espérait faire fondre et résorber la tuméfaction.

Devant le peu de résultats obtenus par ces moyens, on songea à un autre procédé : *la compression*. On la faisait soit à l'aide de pansements spéciaux, soit au moyen d'appareils très compliqués. Ceux de SCOTT et de BOURDILLON sont les plus connus. Le traitement était long, douloureux, infidèle. Il arrivait de rompre la poche et l'on transformait ainsi un hygroma banal en hygroma hémorragique.

Cela n'empêcha pas de reprendre sous une autre forme plus dangereuse encore ces manœuvres en procédant à l'écrasement des hygromas. On faisait délibérément éclater la paroi; dans quelques cas très rares le malade guérissait, mais le plus souvent l'hygroma se reproduisait très rapidement et devenait plus volumineux encore.

On s'appliqua alors à ponctionner les hygromas. On utilisa d'abord la ponction simple, puis la ponction suivie d'injection modificatrice. On injecta du vin chaud (CHOPPART) puis de la teinture d'iode (VELPAU). Cette dernière méthode marque déjà un sérieux progrès. Si elle restait sans effet dans les formes purulentes, elle guérissait par contre assez souvent les formes séreuses, et le temps n'est pas très éloigné où l'on traitait encore ainsi la plupart des hydrocèles vaginales.

Nous ne ferons que citer pour mémoire la méthode du séton, procédé déplorable, source des complications septiques les plus graves, et qui est absolument à rejeter.

La chirurgie devenant plus hardie, on procéda au drainage chirurgical des hygromas. On pratiquait deux incisions dans la tuméfaction, on passait un drain fenêtré et l'on espérait obtenir ainsi l'assèchement de la poche. Souvent on n'obtenait que sa suppuration et la formation de fistules interminables.

Lorsque s'ouvrit l'ère du pansement antiseptique à l'acide phénique, on utilisa bien entendu cette nouvelle méthode dans le traitement des hygromas. Après avoir incisé la poche, on l'irriguait avec une solution phéniquée et l'on appliquait ensuite des pansements phéniqués. On guérissait souvent, mais on déterminait aussi, là comme ailleurs, des gangrènes phéniquées, accident toujours fâcheux, souvent grave.

L'excision de la poche fut aussi pendant quelque temps en honneur. On enlevait toute sa paroi antérieure avec les téguments, et l'on appliquait sur cette vaste surface cruentée des pansements antiseptiques jusqu'à la guérison par seconde

intention. Le moindre reproche qu'on puisse faire à ce traitement, c'est la suppuration presque fatale qui le suivait et la lenteur désespérante de la cicatrisation.

Ce n'est qu'avec la pratique de la chirurgie aseptique qu'on est arrivé à la conception actuelle, qui consiste à considérer l'hygroma comme une tumeur qu'on extirpe en masse, après quoi on rapproche les bords de la plaie opératoire par suture immédiate pour obtenir la cicatrisation per primum. Cette méthode idéale est-elle applicable indifféremment dans tous les cas ? Évidemment non. Ici comme ailleurs c'est la variété clinique et étiologique de l'affection qui devra dicter la nature de l'intervention thérapeutique.

Les hygromas pérrotuliens suppurés, à plus forte raison s'ils sont phlegmoneux, seront traités comme toutes les collections suppurées aiguës par le débridement large et précoce, suivi de drainage au point déclive. Les formes inflammatoires, reconnaissant pour cause la blennorrhagie seront justiciables de l'immobilisation et du traitement par le lipo-vaccin antigonococcique, qui fait souvent merveille dans ces cas.

L'hygroma secondaire syphilitique réclame l'abstention opératoire et guérira par le traitement rationnel de l'affection en cause.

La cure radicale enfin, par extirpation complète de la poche et réunion immédiate des téguments, est au contraire la méthode de choix dans la plupart des formes d'hygroma chronique. L'opération est plus ou moins facile selon qu'il y a plus ou moins d'adhérence ; mais dans l'immense majorité des cas les résultats sont excellents et la guérison est rapide. Seules des circonstances tout à fait particulières telles que l'hémophilie du sujet (obs. I, V) devront arrêter la main du chirurgien, et s'opposeront à ce traitement idéal.

---

## CONCLUSIONS

---

- 1° Des trois bourses séreuses situées dans la région prérotulienne, la *bourse moyenne* est celle qui est le plus fréquemment atteinte d'hygroma;
- 2° Les hygromas aigus suppurés primitifs ou secondaires à un hygroma chronique sont dus à une inoculation septique le plus souvent d'origine traumatique, mais qui dans quelques cas se fait aussi par voisinage, ou par voie sanguine. Ils ont une tendance marquée à évoluer vers le processus phlegmoneux. Ces phlegmons dans la majorité des cas se propagent vers la face externe de la cuisse en fusant le long du fascia lata;
- 3° Les hygromas chroniques, presque toujours professionnels, sont le résultat non pas tant de la position à genou habituelle, que de l'inclinaison en avant du tronc associée à cette position. Ils peuvent dans certaines conditions (traumatismes, hémophilie) se transformer en hygromas hémorragiques susceptibles d'acquérir un volume considérable;
- 4° Les hygromas chroniques à grains riziformes représentent une classe à part reconnaissant pour cause une infection tuberculeuse presque toujours primitive des bourses séreuses prérotuliennes. Dans quelques cas très rares, ils sont secondaires à une tumeur blanche du genou;
- 5° Le pronostic des hygromas aigus est toujours sérieux. Leur traitement doit être précoce et consistera dans le débridement large suivi de drainage au point déclive;

6° Les hygromas chroniques, au contraire, sont une affection le plus souvent bénigne, s'accompagnant de peu de troubles fonctionnels malgré leur volume parfois considérable. Néanmoins, en raison de la gêne professionnelle qu'ils apportent à ceux qui en sont porteurs et de leur transformation possible en hygromas suppurés ou hémorragiques, il y aura presque toujours intérêt à en débarrasser les malades.

L'opération de choix sera l'extirpation complète de la poche suivie de réunion immédiate des téguments. Seules des conditions tout à fait spéciales telles que l'hémophilie, s'opposeront à ce traitement.

Vu et bon à imprimer :

*Le Président de Thèse,*  
F. VILLAR.

Vu :

*Le Doyen,*  
SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 Juillet 1921.

Pour *Le Recteur de l'Académie,*  
*Le Vice-Président du Conseil de l'Université,*  
SIGALAS.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- CAMPER. — Mémoire de la Société Royale de Médecine (1784, page 145).
- REGNAULT. — De l'hygroma du genou. — Traitement par ponction suivie d'injection iodée (Paris, 1870).
- GUY. — Thèse de Montpellier, 1880.
- BRUCHET. — Hématocèle de la bourse séreuse prérotulienne. (*Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, 1880, page 215).
- BERGER. — Hématome de dimensions insolites de la bourse prérotulienne et de la région antérieure de la cuisse. (*Bulletins et Mémoires de la Société Royale de Paris*, 1784).
- RÉVOL. — Thèse de Paris, 1885.
- POIRIER. — Bourses séreuses du genou. (*Archives générales de Médecine*, Paris, 1886).
- PREGALDINS. — *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1889, page 347.
- PERRICHON. — Thèse de Paris, 1896.
- POUSSIN. — Thèse de Paris, 1896.
- CABON. — Thèse de Paris, 1897.
- GAUTRON. — Thèse de Paris, 1898.
- KANTCHEFF. — Thèse de Montpellier, 1899.
- CATANÉI. — Thèse de Montpellier, 1900.

LAFON. — Sur un cas d'hygroma aigu de la bourse séreuse prétrochantérienne.  
(*Toulouse Médicale*, 1905).

BILLON. — Hygroma à colonne. (*Marseille Médicale*, 1907).

HARTMANN. — Hygroma suppuré. (*Revue Générale de Chirurgie et de Thérapeutique*, Paris, 1917).

SAVARIAUD. — Résultats de l'examen d'un hygroma à contenu graisseux.  
(*Bul. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 19 mars 1919).







